

支給決定決議書							
決裁日付印	伺年月日	年月日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合
	支払年月日	年月日					
	支給額	円					

備考

資格	得	年	月	日
	喪	年	月	日
	自	年	月	日
	至	年	月	日

日間

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

(第 回目)

(注意事項)
 輸血及び
 コルセット等治療用装具に関する申請のときは、
 「医師の証明書」のほか
 これに要した費用の領収書」を添付してください。
 「医師の証明書」のほか

被保険者等の記号・番号	700 第 7000 号	被保険者が勤務する(してい)事業所の名稱	○○○株式会社 電話 00-000-0000 所在地 東京都渋谷区神南1-1		
傷病名	う蝕		発病又は負傷の年月日 (和暦) ××〇〇年〇月〇日		
発病又は負傷の原因	不明				
傷病の経過	虫歯				
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名 称 St.Francis Hospital 氏 名 Dr.○○○ ○○○○○	所在地及び電話番号	123 4th Ave. New York NY 10000. USA		
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日				
診療又は手当を受けた年月日	自 (和暦) ●●年 4月 14日 至 (和暦) ●●年 4月 16日	3日間	診療又は手当に要した費用の額(現地通貨で記載) \$ 〇〇.〇〇〇		
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかった理由	海外旅行中だったため				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名			
		加害者の住所	〒		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年 月日	年 月 日	被保険者との 続柄	
振込希望の銀行	マルバツ 銀行 渋谷 支店 (普通・当座 第 1234567 号)	口座名義(カタカナ) ケンコウ タロウ			
上記のとおり申請します。 (和暦) ××〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者の住所 〒150-0041 東京都渋谷区神南1-1 氏名 健康 太郎 SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿 電話 03 (5786 局) 0000 番					

委任状	私は、 受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 〒 代理人の住所 〒				
振込希望の銀行		銀行 支店 (普通・当座 第 号)			

備考	被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 被保険者のマイナンバー記載欄				
----	---	--	--	--	--

金	円也但し
うえの金額を領収いたしました。	
令和 年 月 日	
SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿	
受領者	住所 〒 氏名

受付日付印